

直腸癌術後の排尿障害への関わりの検討

南5階病棟：北澤啓子 甲斐沢政美

1. はじめに

直腸癌術後の排尿障害は、神経損傷に起因し、それは術式、リンパ節郭清の程度によって左右される。現在、当病棟ではストマ造設に対し不安を感じている患者に、それ以上不安を増強させないという考慮により、術前から術後合併症の排尿障害について積極的に関わっていない。近年外科リハビリテーション学の最も重要な一分野として、ストマリハビリテーションが認知されるようになり、その中に合併症の管理の一つとして排尿障害が取り上げられている。私達は、術後生じる排尿障害に対して、患者が無理なくコーピングできるよう、ストマ援助と同様に、術前からの関わりが必要だと考えた。さらに、患者の不安内容に注目し、有効な援助方法を検討したいと考え、今回、直腸癌術後で外来通院している患者に面接調査を実施し、この結果をまとめたので報告する。

2. 対象と方法

1) 対象

平成3年11月から平成7年7月までに直腸切断術、ならびに低位前方切除術を施行し、現在当科に外来通院している患者19人。

術式 \ 性別	男性	女性	計
直腸切断術	7	3	10
低位前方切除術	5	4	9
計	12	7	19

(単位：人)

2) 方法

以下の項目について30～60分の面接調査を行った。

- (1)術前、術後、現在の時期別不安比較（患者の不安全体を10点とし、「病気」「手術」「ストマ造設」「排尿障害」「性機能障害」の5項目について、不安の大きいものに高い点数をつける点数制にて、不安比較をしてもらった。）
- (2)排尿障害に関する説明（①説明を受けた時期、②説明者、③説明内容）
- (3)排尿障害の症状に関する説明の時期
- (4)術後に出現した排尿障害（①症状、②治療方法の説明内容）
- (5)排尿障害出現時の排尿手段と自排尿を促す方法
- (6)日常生活の変化

これらの調査結果とF i n kの危機モデルの展開（「衝撃の段階」「防衛的退行の段階」「承認の段階」「適応の段階」）を参考に直腸癌の手術を受ける患者の排尿障害に関する看護援助を検討した。

3. 結果

(1) 術前、術後、現在の時期別不安比較

①全体19名の時期別不安比較 (図1に示す)

*以下、不安比較を平均点と () 内に標準偏差値にて示す。

<術前>ストマ造設5.1点 (±2.8), 病気2.4点 (±2.1), 手術1.8点 (±1.8), 排尿障害0.4点 (±0.6), 性機能障害0.3点 (±0.5) である。

<術後>病気5.1点 (±3.1), 排尿障害2.9点 (±2.5), ストマ造設 (±2.4), 性機能障害0.2点 (±0.4), 手術0.1点 (±0.2) である。

<現在>病気5.3点 (±3.6), ストマ造設2.1点 (±2.7), 排尿障害2.1点 (±2.6), 性機能障害0.6点 (±1.4), 手術0点 (±0.0) である。

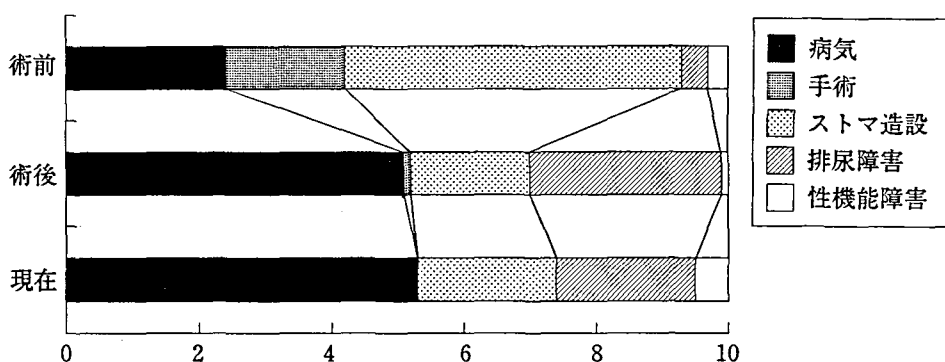


図1. 全体19名の時期別不安比較

②時期別、排尿障害に関する群別不安比較

<術前>術前に排尿障害に関する説明があったIA (8/19名), 説明がなかった,あるいは記憶がないIB群 (11/19名) とする (図2-Iに示す)

IA群: ストマ造設3.3点 (±2.4), 病気2.9点 (±2.4), 手術2.4点 (±2.1), 排尿障害0.9点 (±0.6), 性機能障害0.6点 (±0.5) である。

IB群: ストマ造設6.6点 (±2.4), 病気2.0点 (±2.1), 手術1.2点 (±1.5), 排尿障害0.1点 (±0.3), 性機能障害0.1点 (±0.3) である。

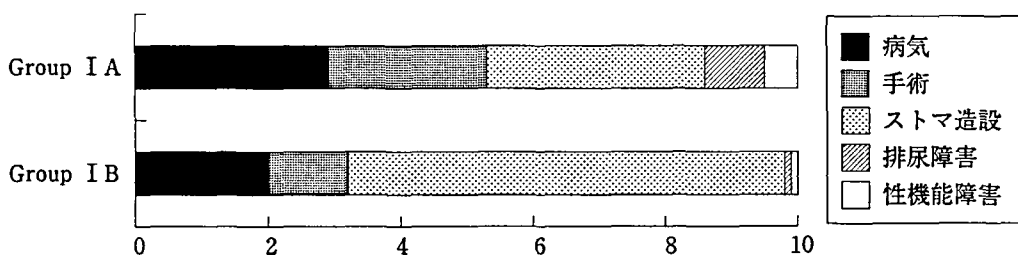


図2-I. IA, IB群の術前不安比較

<術後>術後に排尿障害の症状が出現した IIA 群 (16/19名)、出現しなかった IIB 群 (3/19名) とする。(図2-IIに示す)

IIA 群：病気4.3点 (±2.6), 排尿障害3.3点 (±2.5), ストマ造設2.1点 (±2.5), 性機能障害0.3点 (±0.4), 手術0.1点 (±0.3) である。

IIB 群：病気9.3点 (±1.2), 排尿障害0.7点 (±1.2) である。

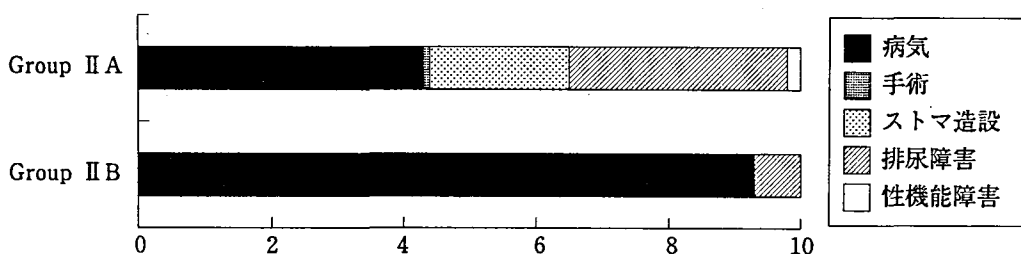


図2-II IIA、IIBの術後不安比較

<現在>術後に排尿障害の症状が出現し、現在も自己導尿等を必要とする IIIA 群 (8/19名), 必要としない IIIB 群 (8/19名), 術後より排尿障害の症状が出現しない IIIC 群 (3/19名) とする。(図2-IIIに示す)

IIIA 群：排尿障害4.4点 (±2.3), 病気3.0点 (±1.8), ストマ1.5点 (±2.0), 性機能障害1.1点 (±2.1), 手術0点である。

IIIB 群：病気6.5点 (±3.6), ストマ3.1点 (±3.4), 排尿障害0.1点 (±0.5), 性機能障害0.1点 (±0.4), 手術0点である。

IIIC 群：病気10.0点である。

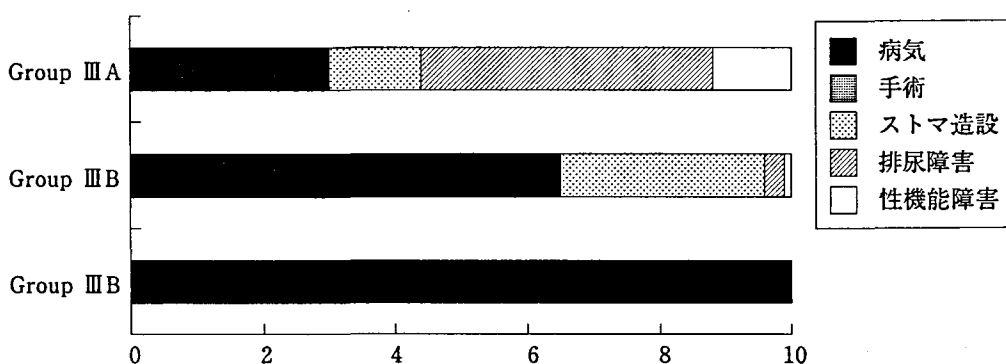


図2-III IIIA、IIIB、IIIB群の現在の不安比較

(2) 排尿障害に関する説明

①説明を受けた時期

入院後手術前々日まで5/19名 (26%), 手術前日3/19名 (16%), 術後2/19名 (11%), 「説明がなかった」「説明があったかもしれないが記憶にない」9/19名 (47%) である。

②説明者

主治医9/10名 (90%), 看護婦1/10名 (10%) である。

③説明内容

「排尿障害が起こる人もいるし、全く起きない人もいる。」「神経を操作する為、排尿障害が起こる可能性がある。」「排尿が、できなくなる。その時は泌尿器科に行ってもらおう。」等である。説明を受けた患者は「ショック。不安になった。」「仕方がない。」「納得できた。」「命の方が大切。あまり気にならなかった。」と感じている。

(3) 排尿障害の症状に関する説明の時期

「術前に説明があればいい」と答えた人が9/19名いる。この理由としてIA群の7/8名は「どうい事が起こるのか全部知らせて欲しい。」「症状を知っていると、症状にあった形で医師や看護婦に相談できる。」「術前に説明を受けて十分だった。」と答えている。IB群の2/11名は「症状がわからなかった。術前に聞いていたかった。」「症状が出現した時にこんなはずではなかったと思う。」と答えている。

「術後に説明があればいい」と答えた人が3/19名 (16%) いる。3名共IB群であり、この理由として「術後であれば手術をしたから仕方がないと思える」「人によって症状が違う。」「術前に聞くと不安が強まる。」と答えている。これら以外に「術前に話ができれば良いと思うが術前に説明を受け、とても不安だった。」「一生続くものであれば術前にあればよいが、一時的なものであれば術後で良い。」という意見もある。

(4) 術後に出現した排尿障害

①16/19名 (84%) に出現した症状 (複数回答)

排尿困難 (尿が出にくい、少量しか出ない、出るまでに時間がかかる、力まないと出ない、勢い良く出ない、排尿している時間が長い、残尿感) 12/16名 (75%), 自尿がない8/16名 (50%) 残尿がある4/16名 (25%), 尿意を感じない3/16名 (19%) である。

②治療方針の説明内容

「自己導尿が必要である」「泌尿器科に紹介する。」「次第に良くなるので努力してください。」「時間をかけて治す必要がある。」と説明があり、説明を受けた患者は「出せるつもりでいたが、いよいよダメと言われ、諦めの気持ちになった。」「ショック」「仕方がない。」「時間をかけて治そう。努力しよう。」「術前からきいていたのでスムーズに理解できた。」と感じている。

(5) 排尿障害出現時の排尿手段と自排尿を促す方法 (複数回答)

(a)自己堂尿9/16名 (56%), (b)用手圧迫法8/16名 (50%), (c)時間を決めてトイレに行く4/16名 (25%), (d)力む3/16名 (19%), (e)排尿チャート記録より排尿パターンを知る1/16名 (6%), 腹圧をかけやすい体位になる1/16名 (6%) である。自己導尿の指導を受けた患者は「仕方がない。」「トイレでやりにくい。カテーテルが入りにくく、苦勞した。」「痛い。」「以外に簡単にできる。」「実施後、すっきりし、せいせいする。」「N s. にやられるよりも自分でやった方がよい。」と感じている。また、2名が「他科に紹介されるのは結構負担である。できれば一病棟で全て指導を受けたい。」と答えている。

(6) 日常生活の変化 (現在、自己導尿等を必要とする8名について)

行動範囲に関しては、(a)旅行、長期会議に出にくい5/8名、(b)トイレのある場所を選んで行動

する1/8名、(c)特に変わりなし2/8名である。水分摂取に関しては、(a)特に変わりなし4/8名、(b)尿量と水分摂取量を調節する2/8名、(c)水分を多く摂取する1/8名、(d)外出するときに水分を控える1/8名である。

4. 考察

直腸癌の手術を受ける患者の術前の不安はストマ造設5.1点と半数を占める。病気2.4点、手術1.8点と生命に関わる事への不安は、ストマに対する不安を下回る。排尿障害に対しては0.4点と不安は軽度あるが、問題視されていないと言えるだろう。医師は起こりうる術後合併症の一つとして、排尿障害を全症例に説明しているが、「患者は術前に説明があった」と答えたIA群(8/19名)と「説明はなかった」あるいは「記憶にない」と答えたIB群(11/19名)に分かれる。これはストマに対する不安が強すぎストマに対して「衝撃」や「防衛的退行」の段階にいる為、排尿障害に対する説明を理解できなかった為と考える。しかしIA群のように排尿障害の説明を受けた患者でも、それに対する不安は0.9点とほとんどない。これは排尿障害がストマ造設のように外観の変化を伴わず、ボディイメージに対しての「衝撃」が強すぎ、内因的变化に注意を向けられていない為と考える。さらに、術後合併症として「起こるかもしれない」排尿障害に対して障害を「否認」し、障害が起こらないことを「願望思考」している「防衛的退行」の段階にいる為と考える。術後の排尿障害は、適切な対処がなされなければ腎機能障害を起こし、時として生命に影響を与えることがある為、決して黙視できない問題である。私達は患者が排尿障害を理解し治療に参画できるよう、術前から積極的に関わる必要があると考える。IA群8名の内7名が「術前に排尿障害の説明を聞いてよかった。」「症状を知っていると医師や看護婦に相談しやすい。」と答えている。IB群11名の内3名が「聞くとも余計に不安になる。」「手術をしたから仕方がないと思える。」という理由により排尿障害の説明は術後でよいと答え、2名が「症状がわからなくて困った。術前に聞きたかった。」と答えた。水口らは¹⁾「術前における術後合併症の告知は心理的ストレスになる。ストレスにならない程度に不安に対処する方法を教示すると不安は軽減する。」と述べている。また塚脇らは²⁾「排尿訓練のオリエンテーションを術後から術前に改めた結果、自排尿開始日が1日早めることができた。また術前に患者との対話時間が増え、患者理解、不安解消に有用だった。」と報告している。そこで、私達は術前に病気やストマ造設に対して「衝撃」や「防衛的退行」にいる患者の無気力や否認の心理を共有し対話時間を多くもち患者理解に努め、患者が排尿障害を術後合併症の一つとして理解できるまでに説明しておきたいと考える。さらに、病気、ストマ造設、排尿障害に対し「承認」の段階にいる患者には共に現実を見つめ、自己概念の喪失を慰め、将来の希望をもって、具体的症状や治療方法について医師と共に患者の理解度に合わせ説明をし、共に学習することが必要だと考える。具体的には、排尿チャート記録用紙を用いて術前の排尿パターンを知ることである。これは術後の排尿パターンと比較し、残尿測定の必要性や回数を医療者や患者本人が判断するのに役立つ。単なる説明にとどまらず、治療方法の一つとして患者が術前より実際に治療に参画することができ、現実に対する洞察が深められる手段であると考え。具体的指導の中で患者と関わり、患者の人間性、価値観を理解し、入院当初から手術直前までに信頼関係を構築しておくことができれば術後の心理的サポート、治療への参画のサポートもスムーズにできるだろう。

術後は排尿障害に対する不安が2.9点と高くなった。これは、実際に16/19名(84%)に排尿障害

の症状が出現したこと、術前より排尿障害を十分に理解できなかった為、突然症状が出現したこととして、不安が増強した為だと考える。患者は術後、身体的苦痛と共に新たに排尿障害という「衝撃」を受ける。私達は、手術が無事終了したことに対する患者の安心感を共有し、排尿障害が術中操作によるものだけでなく、時間の経過や訓練により緩和することを強調し、患者を支えることが大切である。術前から患者が「適応」の段階に至っていればこの「衝撃」は強打ではなくなり緩和されたものとして受容できるのではないかと考える。この為にも術前からの緩和ケアは重要であるといえる。私達は病態を理解する患者の受容段階を評価し、術後経過とも見合わせながら尿留置カテーテルの抜去時期を医師と共に検討し考えていくことも必要である。また、障害が起きてしまった場合、当科では専門他科に紹介しているが、患者からは「他科に紹介されるのは結構、負担である。」と同科で対処を望む声も聞かれる。私達はその声に応えられるよう自己導尿や水分摂取の管理方法等、自己管理を継続していけるような専門的な知識と技術を学ばなければいけない。

現在ではIIA群の排尿障害の不安は4.4点である。病気3.3点、ストマ1.5点に比べ高値である。これは、自己導尿や何らかの介助を必要とする排尿障害が日常生活に影響を与えている為と考える。しかし、患者は「長期の旅行や会議に出にくい。」「トイレのある場所を選んで行動する。」「外出するときは水分摂取を控える。」等、この障害を自己の一部として「適応」しようとしている。退院後の患者のニードは「日常生活の維持」である。日常生活への援助は福祉制度に対しても必要だろう。私達は患者が退院しても幅広い情報と、質の高い知識と技術をもって、患者の日常生活へも目を向けていかなければいけないと考える。患者が新しい自己像と価値観を構築し、術前から退院後の日常生活への希望をもてるよう、私達は術前からの関わりを深めていくことが大切である。

5. 結 語

「Finkの危機モデル」の展開を参考に直腸癌術後の排尿障害への関わりを検討した。私達は、術前に積極的に患者に関わり「衝撃」及び「防御的退行」の段階にいる患者を「適応」の段階に導けるよう、患者の個別性を見極め、その患者のニードに合わせたケアをしていくことが大切であることを再認識した。術前に「適応」の段階に至ることは難しいが、私達は患者の不安や否認の気持ちを肯定、共有し、相互理解を深め、患者自身が新しい自己像や価値観を確立できるよう、術前より排尿障害への関わりを深めていく努力をしていきたいと考える。

<引用文献, 参考文献>

- 1) 水口公信他：合併症告知による手術前不安に及ぼす影響，心身医，23(1):32-35，1983
- 2) 塚脇良重他：広範性子宮全摘後の排尿訓練の効果的なオリエンテーションの方法について，
＜第21回日本看護協会集録，成人看護Ⅰ＞，1990,P108-110
 - ・穴沢貞夫他：人口肛門，最近の管理，臨床外科，122：582-589，1982.
 - ・中里克治他：新しい不安尺度S T A I 日本版の作成，心身医，22(2)，108-112,1982.
 - ・金山雅子他：直腸切断術後患者に共通する問題の基準作成—排尿障害の問題—，看護技術，34(11):1363-1371,1988.
 - ・宮井啓国他：排尿障害，間欠自己導尿と薬物療法による管理について，臨床看護，14(4) :566-571，1988 .

- ・前川 厚子：大腸がん術後と看護援助，臨床看護，10(2)，203-211,1984.
- ・高木 隆治：人口肛門造設者における排尿障害について，新潟医学会誌，92(9)，602-611,1978.
- ・横山 幸生：直腸癌切除後の排尿障害に関する臨床的検討，防医大誌，10(3)，99-93,1985.
- ・森武 生他：直腸癌に対する片側自律神経温存根治手術，外科治療，62(3)，306-311.1990.